

## CONDICIONES DE EMPLEO, CUIDADO Y SALUD EN TRABAJADORAS DE LA SALUD Y DE CASAS PARTICULARES\*

Luciana Cecilia Reif\*\*

Rocío González Francese\*\*\*

### Resumen

Este artículo busca problematizar la relación existente entre las condiciones de empleo, la categoría de cuidado y el impacto en la salud en las trabajadoras de la salud y de casas particulares. La mujer siempre ha sido simbólicamente asociada a las tareas del cuidado, crianza, valores que han provenido de la esfera privada y han sido transpolados y reproducidos en la esfera laboral. El ingreso de la mujer al mercado laboral, siempre ha implicado la extensión de sus tareas de cuidado privadas al espacio público, en donde la categoría de cuidado adquiere una dimensión central. Al mismo tiempo, se ha incorporado masiva y abruptamente al mercado de trabajo en un contexto de recesión económica, ocupando puestos de trabajo precarios. Será objetivo de este artículo describir la relación entre dos grupos históricamente feminizados de trabajadoras, que son las de casas particulares y las de la salud, que nos permiten teorizar sobre el cuidado como categoría central de su proceso de trabajo.

**Palabras claves:** trabajadoras de la salud – trabajadoras de casas particulares – condiciones de empleo- salud- cuidado

### Summary

This article seeks to problematize the relationship between the conditions of employment, the category of care and the impact on health in health workers and domestic workers. Women have always been symbolically associated with the tasks of care, upbringing, values that have come from the private sphere and have been transposed and reproduced in the labor sphere. The entry of women into the labor market has always involved the extension of their private care tasks to the public space, where the category of care acquires

\* Enviado 17/11/17. Aceptado 27/03/18.

\*\* Becaria doctoral CONICET-UNDAV. Maestranda de Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud (UNLA) Ayudante de primera de la materia Psicosociología de las instituciones, Lic. Enfermería (UNDAV). Correo electrónico: lc.reif@gmail.com.

\*\*\* Becaria doctoral CONICET-UNDAV. Doctoranda en Ciencias Sociales (FSOC-UBA). Ayudante de primera en Ambiente y Sociedad, Lic. en Ciencias Ambientales (UNDAV). Correo electrónico: gonzalezfrancese@yahoo.com.ar.

a central dimension. At the same time, they have entered the labor market massively and abruptly in a context of economic recession, occupying precarious jobs. The aim of this article will be to describe the relationship between two groups of historically feminized workers, who are private home workers and health workers that allow us to theorize about care as a central category of their work process.

**Keywords:** health workers - domestic workers - conditions of employment - health – care

## Resumo

Este artigo busca problematizar a relação existente entre as condições de trabalho, a categoria do cuidado e o impacto na saúde das trabalhadoras do ramo da saúde e de casas particulares. A mulher sempre foi simbolicamente associada às tarefas de cuidado, de educar, valores que provém da esfera privada e tem sido transplantados e reproduzidos na esfera de trabalho. O ingresso da mulher no mercado de trabalho sempre implicou na extensão de suas tarefas de cuidado privadas ao espaço público, onde a categoria do cuidado adquire uma dimensão central. Ao mesmo tempo, se incorporaram massiva e abruptamente ao mercado de trabalho, num contexto de recessão econômica, ocupando postos de trabalho precários. O objetivo deste artigo será descrever a relação entre dois grupos de trabalhadoras historicamente feminizados, que são as trabalhadoras de casas particulares e as trabalhadoras do ramo da saúde, que nos permitem teorizar sobre o cuidado como categoria central de seu processo de trabalho.

**Palavras chaves:** trabalhadores de saúde - trabalhadores domésticos - condições de emprego – saúde- cuidado

## Introducción

Este artículo busca problematizar la relación existente entre las condiciones de empleo, la categoría de cuidado y el impacto en la salud en las trabajadoras de la salud y de casas particulares. La mujer siempre ha sido simbólicamente asociada a las tareas del cuidado, crianza, y a valores como la sensibilidad o la calidez, que han provenido de la esfera privada y han sido transpolados y reproducidos en la esfera laboral. Esto se ve claramente reflejado en dos ocupaciones como son el trabajo en casas particulares y el trabajo en salud, ambos centrados en el cuidado y que se han caracterizado históricamente por su alto porcentaje de feminización. El análisis de género implica una mirada sobre las inequidades en la distribución del mercado de trabajo, presentes históricamente a través de la división sexual del trabajo y que han conminado a la mujer al espacio privado y a las tareas domésticas, y al hombre al espacio público como proveedor familiar. El ingreso de la mujer

al mercado laboral siempre ha implicado la extensión de sus tareas de cuidado privadas al espacio público, a través de empleos típicamente “femeninos”, donde la categoría de cuidado adquiere una dimensión central. Es por ello que la feminización del mercado de trabajo no implica necesariamente una igualdad entre hombres y mujeres. Al mismo tiempo, los patrones de inclusión y exclusión de las mujeres no son sólo el resultado de la oferta de mano de obra femenina y sus dificultades para conciliar vida laboral y doméstica, sino también de las características de la demanda de mano de obra, afectada por los cambios socioeconómicos de la región de América Latina en su conjunto. Las mujeres se han incorporado masiva y abruptamente al mercado de trabajo, en un contexto de recesión económica, ocupando puestos de trabajo precarios, muchos de ellos sin cobertura social. Resulta interesante entonces visibilizar esta doble precarización y ahondar en las implicancias de la categoría del cuidado en relación a los procesos de trabajo y a las condiciones de empleo, para describir el impacto que éstas tienen sobre la salud de las trabajadoras. El trabajo nunca es neutral para la salud (Dejours, 1998). La precariedad laboral, la invisibilización de los procesos de trabajo del cuidado y la falta de reconocimiento de los mismos, traen aparejados muchas veces problemas en la salud. Será objetivo de este trabajo describir la relación entre dos grupos de trabajadoras históricamente femeninos, que son: las trabajadoras de casas particulares y las trabajadoras de la salud, que nos permiten teorizar sobre el cuidado como categoría central de su proceso de trabajo.

### **Mercado de trabajo y mujer**

Desde la era industrial, en los inicios del capitalismo, las sociedades han separado el trabajo de reproducción social del trabajo de reproducción económica; el primero asociado a las mujeres y el segundo a los hombres (Fraser, 2015), lo que se conoce tradicionalmente como la división sexual del trabajo: el hombre como trabajador y proveedor familiar, y la mujer en su rol de responsable de la domesticidad, la crianza y cuidado de los hijos, quedando reservado para ella el espacio privado (Jelin, 2010). En este sentido, la mujer participa en el mercado de trabajo en una posición subordinada. Como sostiene Benería (1981), el modo en que la mujer participa en la esfera productiva sólo es comprensible si entendemos la función que históricamente ha desempeñado en la esfera reproductiva. La importancia que ha tenido la mujer dentro de la esfera reproductiva y la relación primaria de subordinación que de ello se deriva, explican la jerarquía sexual que existe en el mercado de trabajo, que crea trabajos femeninos de carácter subordinado, asociados a las tareas tradicionalmente identificadas como “femeninas”. Mientras que la ocupación de la mujer en el trabajo doméstico es predominante, la función de las mujeres en el trabajo productivo es más compleja. A nivel general, sin embargo, se puede argumentar que la mujer tiende a concentrarse en actividades que son compatibles con la reproducción, y más precisamente con el cuidado de los niños, relacionadas con su clase, consideradas una extensión de la

actividad doméstica, poco permanentes y con una remuneración relativamente baja; la naturalización del rol en la esfera doméstica que la sociedad patriarcal y capitalista le ha adjudicado a la mujer es la base de su marginalidad, y la presencia de la mujer en el mercado de trabajo será por lo tanto considerada como secundaria, siendo también su remuneración considerada como complementaria (Benería, 1981). La mujer se constituye entonces como una reserva de fuerza de trabajo flexible.

La caída de los Estados de Bienestar en Europa y América Latina, los cambios consecuentes ocurridos en las estructuras familiares, y las políticas neoliberales que han desregulado los mercados, han empujado a las mujeres al mercado laboral, alterándose las relaciones entre trabajo remunerado y no remunerado (Lopreitte, 2014). A partir de 1980 en América Latina las mujeres se han incorporado masiva y abruptamente al mercado de trabajo, en un contexto de recesión económica, ocupando puestos de trabajo flexibles, muchos de ellos sin cobertura social (Cerrutti, 2003).

Un estudio realizado en 2006 (Marco, Rico y CEPAL) pone de manifiesto que, a pesar de ese masivo ingreso, las mujeres siguen concentrándose en sectores y oficios considerados adecuados a los estereotipos y roles de género dominantes. Las capacidades de las mujeres se asocian a la extensión del rol doméstico de cuidadoras, en el ámbito de la enseñanza, la salud, la atención personal y la administración; la oferta del mercado de trabajo se asocia a esta diferenciación de roles, lo que, sumado al proceso de socialización primaria, termina condicionando las preferencias y orientaciones vocacionales que eligen las mujeres. Esta inserción desigual es invisibilizada, no se problematiza y no existen políticas que favorezcan una participación más igualitaria. Como sostienen Marco, Rico y CEPAL (2006) cuando las mujeres logran ingresar al mercado laboral, se aglutinan en sectores de baja productividad, tienen menor representación en los puestos de decisión y menos opciones de “hacer carrera”, ganan menos que sus pares varones y tienen una desigual distribución del tiempo entre la actividad laboral y las tareas domésticas, lo que determina su posición desventajosa en el mercado laboral.

Por otro lado, también es importante considerar el reconocimiento vinculado al aspecto subjetivo del trabajo, que se relaciona con el fortalecimiento de las identidades, y que funciona como fuente de seguridad no sólo económica sino también simbólica (Fraser, 1994). Este punto, como veremos más adelante, es crucial a la hora de entender la relación entre la categoría de cuidado, las condiciones de empleo y la salud.

### **La feminización del empleo es sinónimo de inequidad**

Tanto el trabajo doméstico como el del área de salud se caracterizan por su alto porcentaje de feminización. Sin embargo, hay diferencias importantes. Mientras que el empleo de

trabajadoras de casas particulares se ha caracterizado por su marcada inestabilidad, informalidad y precarización, el sector salud cuenta con condiciones de empleo formales, aunque se han precarizado en las últimas décadas. El empleo de trabajadoras en casas particulares es desvalorizado, invisibilizado y poco reconocido, contando con bajas remuneraciones; y en el sector salud, donde se comprende la mayoría de mujeres debido a su asociación con el trabajo reproductivo, de cuidado y atención, son los trabajadores hombres los que han tenido niveles educativos más altos y mayor presencia en las ocupaciones con nivel profesional y cargos jerárquicos.

### Trabajadoras de la salud

Durante la década de los noventa se implementaron políticas neoliberales que conllevaron grandes cambios en la gestión de las relaciones laborales en el sector salud. Un primer impacto se produjo con la desregulación de las obras sociales, implementada bajo el pretexto de que la libre elección por parte de los usuarios estimularía a las organizaciones a mejorar su calidad de cobertura (Belmartino, 2005). El ingreso de grandes capitales, vinculados o no a los profesionales de la salud, fue otra característica de la época (Galin 2002). El crecimiento del sector privado posibilitó que estas grandes corporaciones contrataran a los médicos, limitando su ejercicio laboral autónomo. Al mismo tiempo las transformaciones técnicas y la incorporación de tecnología, que requería de grandes inversiones, imposibilitaron también el ejercicio de la profesión a través del cuentapropismo. Se observó a su vez un incremento de la proporción de asalariados; en 1990, un cuarto del personal de salud se desempeñaba como cuentapropista, pero diez años más tarde se había producido una disminución drástica de este número (del 23 al 12%), siendo aún mayor para las mujeres, cuya diferencia porcentual es de 13 puntos (Galin, 2002). El aumento del número de asalariados se produjo bajo modalidades precarias de contratación, mayormente sin protección social. Asimismo, durante el período señalado creció la proporción de profesionales con pluriempleo, una característica del sector salud. Esto se debe, entre otras cuestiones, a la ampliación de empleos a tiempo parcial y a la caída de los salarios, que provocó la búsqueda de otras fuentes de ingresos, para terminar combinando, en muchos casos, un trabajo en el empleo público con protección social y bajos salarios, con otro en el sector privado con mejores salarios (Galin, 2002). La flexibilización de las relaciones laborales se produjo tanto en el ámbito público como en el privado. Una de las características centrales del sector salud es la gran heterogeneidad en las formas de contratación. Dentro de las principales se encuentran: la planta permanente del Estado, que otorga la estabilidad en el cargo; la contratación periódica, que cuenta con protección social y garantías; y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, ya sea por medio de contratos de locación de servicios o de obra (Aspiazu, 2016).



Como dijimos anteriormente, la incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral tras la caída de los Estados de Bienestar, se produjo fundamentalmente en los sectores de servicios y bajo modalidades precarias de contratación laboral. La incorporación de las mismas se dio en el sector servicios (educación, salud, servicio doméstico y administrativo), en empleos asociados tradicionalmente a tareas femeninas de cuidado. Como sostienen Duré, Cosacov y Dursi (2009), la feminización del empleo se genera a través de la segregación horizontal, ya que dicha inserción se da a través de la división sexual del trabajo, incorporando a las mujeres a sectores y tareas históricamente femeninos. Fomentado por la iniciativa de la Alianza para el Progreso, que promovía, junto con las inversiones económicas, un desarrollo social en salud y educación, se puede evidenciar un ingreso masivo de las mujeres a la Universidad durante la década de 1980, que influyó fuertemente en la feminización del sector salud. Por un lado, las mujeres ingresan a carreras tradicionalmente masculinas -medicina, odontología, bioquímica, farmacia- y al mismo tiempo se incorporaron, en el ámbito de la Universidad, carreras tradicionalmente femeninas que hasta ese momento se impartían en institutos terciarios (Rovere, 2006). Si bien en las últimas décadas las mujeres se han incorporado a puestos profesionales, el sector salud concentra, en su mayoría, trabajadoras mujeres que se encuentran aglutinadas en tareas semicalificadas, ocupando, los hombres, las posiciones profesionales. Las mujeres son mayoría en el sector salud: según Aspiazú (2016) representan el 71% de los trabajadores registrados del sector, muy por encima del resto de la economía, donde las mujeres representan un 40%. Sumado a esto, las trabajadoras de la salud representan el 8% del empleo femenino en la Argentina, mientras que los trabajadores de la salud representan el 3% -según datos de 2013 del Sistema Integrado Previsional Argentino de la Dirección General de Estudios y Estadísticas Laborales (DGEyEL), Subsecretaría de Políticas, Estadísticas y Estudios Laborales (SSPTyEL) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS). Esta presencia mayoritaria de las mujeres es comprensible, debido a su asociación con el trabajo reproductivo, de cuidado y atención (Duré, Cosacov y Dursi 2009). En un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, se pone de manifiesto que dentro del sector salud las mujeres suelen ocupar las profesiones asociadas a dicho cuidado como ser obstetricia, fonoaudiología, psicopedagogía, entre otras (Duré, Cosacov y Dursi 2009). De esta manera, el sistema de salud funciona como reproductor de las desigualdades: al sostener y reformar la construcción diferencial de roles de género, “opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido en el nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica” (Duré, Cosacov y Dursi, 2009: 4-5). El personal de enfermería, por ejemplo, históricamente ha sido femenino: en 2009 había un 77% de mujeres y un 23% de hombres. Otro caso donde se evidencia la desigualdad de género, es la segmentación que se produce, al interior del sistema de salud, en términos de calificación, nivel educativo y categoría ocupacional. Los trabajadores hombres tienen niveles educativos más altos y mayor presencia en las ocupaciones con nivel profesional. Otro de los aspectos abordados por Aspiazú (2016) es el acceso diferencial por sexo a posiciones o

cargos jerárquicos. En la Provincia de Buenos Aires, de acuerdo a datos de la Asociación de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, en 2011, el 80% de los directores ejecutivos y el 72% de los directores asociados de hospitales públicos eran varones, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires, el 81% de los cargos de dirección de hospitales, el 70% de las subdirecciones y el 68% de las jefaturas de unidades eran ocupados por varones (Duré, Cosacov y Dursi, 2009).

Frente a estas desigualdades, es importante diferenciar feminización de equidad de género, ya que la primera no implica necesariamente la segunda. Distinguiremos respecto a este punto dos dimensiones. Por un lado, el ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral se produce en el marco de una flexibilización laboral y de un aumento de la precarización, por lo cual, dichas mujeres ingresan al mercado laboral bajo modalidades precarias de contratación. El ingreso de las mujeres bajo estas condiciones de “ejército de reserva”, podría significar en verdad un fuerte aumento en la inequidad del empleo. Como sostiene Aspiazu (2016), el análisis debe dar cuenta de la calidad de las ocupaciones en términos de condiciones contractuales, laborales y salariales. Muchas veces, y especialmente en el sector salud, la reducción de los ingresos del salario se traduce en pluriempleo, lo cual tiene un sesgo de género, ya que son los hombres los que tienen mayor capacidad de sumar otros trabajos, debido a que las tareas domésticas dentro del hogar siguen estando a cargo de las mujeres, quienes, al no poder delegarlas, no tienen la posibilidad de asumir más horas de trabajo en el mercado laboral.

Por otro lado, el fenómeno de la inequidad de género en salud, siguiendo a Rovere (2006), no se resuelve igualando la cantidad de hombres y mujeres en cargos directivos o profesionales. La perspectiva de género, en su carácter radical, no se limitaría entonces a igualar los espacios dentro de la estructura de poder, sino a ser fundamentalmente crítica respecto a esta misma estructura. Que las mujeres se incorporen en condiciones de igualdad al sistema de salud para seguir reproduciendo la estructura hegemónica del patriarcado no es la solución (Rovere, 2006):

De esta manera, podemos imaginar una perspectiva de género que suponga una mirada diferente respecto de los problemas de salud, vividos desde otra subjetividad, que impacte sobre la calidad y la calidez de los servicios, que contribuya a modificar las condiciones de inequidad, que estructure nuevas formas de trabajo y que, a su vez, proteja la salud de las trabajadoras y trabajadores de esta área (Rovere, 2006: 155).

Del mismo modo, cuando hablamos de inequidad de género y buscamos superar esta distribución desigual, no es posible pensar a los trabajadores de la salud como meros engranajes de una máquina, que vendría a ser el hospital, produciendo servicios de salud como si fueran productos fabriles. Es necesario ahondar en la naturaleza del proceso de trabajo, para no buscar soluciones en un cambio de director por directora, si ambos siguen

pensando al hospital como una fábrica (Rovere, 2006). Una distribución sexual equitativa de los trabajadores de la salud requiere pensar en la producción de salud como una producción de cuidados:

El personal de salud no es un mero aplicador de técnicas diagnósticas o dispensador de medicamentos, ya que más que aplicar terapéuticas debe instrumentarse como recurso terapéutico y, sin lugar a dudas, esa instrumentación y la calidad del contrato que construye con la población se encuentran imposibilitadas, en condiciones de burnout (Rovere, 2006: 168).

En este sentido, la equidad de género, la calidad de empleo y la calidad de atención son parte de un mismo proceso, que busca en la valorización del trabajo históricamente femenino de cuidado, dar un salto cualitativo en la comprensión del proceso de trabajo relacional e intersubjetivo de salud, superar la precarización del sector, y generar procesos de cuidado que escapen a la mera aplicación de técnicas.

### **Trabajadoras de casas particulares**

El empleo de trabajadoras de casas particulares históricamente se ha caracterizado por ser un trabajo fuertemente marcado por la inestabilidad, la informalidad y la precarización, junto con bajos niveles de remuneraciones. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la forma más consistente de analizar la situación de quienes se encuentran en la economía informal es en términos de déficit de trabajo decente. Los trabajos en malas condiciones, improductivos, no remunerados, no reconocidos ni protegidos por la ley, la ausencia de derechos laborales, la inadecuada protección social y la falta de representación y voz se producen más en la economía informal, especialmente en el extremo inferior que constituyen las mujeres y los trabajadores jóvenes.

Según Lautier (2002), las carreras laborales de las empleadas domésticas dan cuenta del desarrollo de “circuitos de movilidad” cada vez más herméticos, donde las trabajadoras precarias transitan por puestos -asalariados y no asalariados- de las mismas características; de este modo, las posibilidades de desplazamientos hacia empleos protegidos y estables es cada vez menos frecuente.

Tanto en Argentina como en la región de América Latina, el trabajo doméstico remunerado constituye una de las principales fuentes de empleo urbano para las mujeres. Desde hace más de una década se viene registrando una creciente preocupación -tanto a nivel regional como internacional- por equiparar los derechos laborales del empleo doméstico con los de los demás asalariados. Nuestro país no ha sido ajeno a esta tendencia: en el último tiempo, el trabajo doméstico ha despertado interés y ha estado presente en el debate público. En Argentina, la Ley N° 26.844 de “Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el personal



de casas Particulares”, sancionada en marzo de 2013 y promulgada en abril del mismo año, representa un avance en lo que refiere a las protecciones laborales. Entre los logros más relevantes se encuentran: la inclusión de la licencia por maternidad, la cobertura del conjunto de las trabajadoras independientemente de su dedicación horaria, la conformación de una comisión negociadora de salarios y condiciones laborales del sector, entre otras. De acuerdo a dicha ley se considera trabajo en casas particulares a “toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar”; como a su vez:

Se entiende como tales también a la asistencia personal y acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad (Ley N° 26.844)

Dicha ley establece los derechos de las trabajadoras de casas particulares, así como las obligaciones del/la empleador/a en relación a la cobertura social y de salud, entre otras. En junio de 2015, según indican fuentes de la Superintendencia de Riesgo del Trabajo, se sumaron 490.000 empleadas de casas particulares al sistema, produciendo un incremento del 74% en comparación con las estadísticas de junio de 2014. Actualmente este segmento representa el 5,5% del total de los trabajadores con cobertura de Argentina. Para estas 488.194 empleadas domésticas resulta una significativa ampliación de sus derechos sociales y laborales.

El desarrollo de la actividad laboral en la vivienda del empleador es un factor importante que condiciona la elevada precariedad laboral de las trabajadoras del servicio doméstico. Uno de los factores condicionantes de la crítica situación laboral del servicio doméstico se vincula con el peculiar carácter del ámbito en el que se desarrolla la actividad laboral de estas trabajadoras, ámbito de difícil acceso para el control directo por parte del Estado. El hecho de que el empleador sea una unidad doméstica y no productiva (en el sentido que no se encuentra orientada a la obtención de ganancia) ha operado en la exclusión de estas trabajadoras de la normativa general del contrato de trabajo. Esto involucra una menor protección legal de las mismas en relación al resto de los asalariados. Asimismo, en tanto la vivienda no forma parte de la estructura productiva, no se encuentra sujeta a políticas específicas de inspección laboral. Por otro lado, el ámbito doméstico supone el aislamiento del trabajador, lo que redundará en un obstáculo significativo para su organización y acción colectiva. De manera tal que, al margen de una protección efectiva del Estado y de las organizaciones gremiales, las condiciones laborales y salariales de estos trabajadores son determinadas discrecionalmente por cada empleador.

Es interesante constatar que en ambos casos, tanto en las trabajadoras de la salud como en las trabajadoras de casas particulares, es el mercado de trabajo el que distribuye diferencialmente a los trabajadores y se autorregula reproduciendo, como venimos viendo,

la desigualdad de género. El Estado se encuentra ausente para garantizar a través de políticas públicas una mayor equidad en dicha distribución.

### Salud y cuidado

Desde el punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además, concebido de esta manera, no sólo no es productor de enfermedad sino que posibilita la vida humana misma (González Francese, Reif, Amable, Zelaschi y Logvione, 2014). Entendemos que el trabajo como patrimonio del ser humano es una potencia creadora que inscribe al sujeto en el mundo (Suaya, 2013). El trabajo nunca es neutral para la salud (Dejours, 1998), puede ser fuente de placer o sufrimiento. La psicodinámica del trabajo ha analizado el sufrimiento psíquico resultante de la confrontación de los hombres con la organización del trabajo. Este sufrimiento puede ser resuelto a través de un proceso de reapropiación de la situación de trabajo, proceso colectivo y que se consigue a partir del reconocimiento y gratitud que recibimos por nuestro trabajo de parte de nuestros compañeros de labor. El trabajo tiene una relación clave con el reconocimiento; los trabajadores esperan una retribución por la movilización de su subjetividad y de su persona entera: el reconocimiento se instituye como una retribución fundamentalmente simbólica. La apuesta por el reconocimiento es una apuesta a la salud en la medida en que la identidad no la sostiene solamente el sujeto, sino que también es sostenida a través de la mirada de un otro con el que se relaciona. De aquí el lugar central del trabajo en la salud, porque el trabajo es el medio, al mismo tiempo que un derecho, de aportar una contribución a la sociedad, y de obtener a cambio este reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo (Dejours, 1998). En palabras de Suaya (2013) lo que une al sujeto con el trabajo es el orgullo de ser socialmente productivo. La valoración, el reconocimiento y la apropiación del saber-hacer son claves en estos procesos.

El trabajo en las sociedades contemporáneas pareciera perder su función como integrador social y su sentido generador de identidades colectivas, por lo que el empleo existente no ofrece las condiciones mínimas para el desarrollo y fortalecimiento de las subjetividades e identidades colectivas (González Francese, Reif, Amable, Zelaschi y Logvione, 2014). La salud colectiva se encuentra condicionada por los modos de vida, por la manera en que los grupos pueden articular sus condiciones de vida, de consumo y las formas de trabajar. La salud de los grupos sociales es consecuencia de su inserción en los procesos de producción a través de sus ocupaciones u oportunidades de empleo, y de sus condiciones de vida producto de los recursos sociales destinados a la reproducción social (Lynch y Kaplan, 2000).

Las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de las trabajadoras de la salud son las condiciones de trabajo, sumadas a la necesidad de congeniar las tareas domésticas y las remuneradas. Esto trae aparejado condiciones altamente estresantes que predisponen a la emergencia de trastornos psíquicos y psicosomáticos (Noriega, Gutiérrez, Méndez y Pulido, 2004). Este estudio analiza la situación de las trabajadoras de la salud en México, y halla que aquellas que realizan largas jornadas laborales tienen más conflictos para resolver sus actividades extra laborales, generando estrés y enfermedades mentales.

Si como sostiene Molinier (entrevista realizada por Wlosko y Ros, 2015), el concepto de trabajo fue construido sobre la base de actividades asalariadas y masculinas, mientras que las tareas realizadas en la casa no fueron consideradas en el concepto de trabajo; el trabajo de cuidado operado en su mayoría por mujeres carga con una doble desvalorización: por un lado la propia que afecta a todos los trabajadores en condiciones informales y precarias; y por otro lado la invisibilización propia del cuidado como trabajo. Esta falta de reconocimiento de las actividades de cuidado como trabajo productivo y contribución a la sociedad, bloquea el mecanismo de reconocimiento e identificación necesario para que los sujetos transformen el sufrimiento en placer.

El estudio de Noriega, Gutiérrez, Méndez y Pulido (2004) encontró que el considerar inapropiadas las condiciones de trabajo incrementa el riesgo de padecer trastornos psíquicos o psicosomáticos. Las trabajadoras de la salud que refirieron estar preocupadas por los daños a la salud que les pudiera ocasionar el trabajo tuvieron una frecuencia de morbilidad mental más elevada. Un estudio realizado en trabajadores de la salud de hospitales del Gran Buenos Aires (OMS/OPS, 2015) encontró una brecha en la frecuencia de padecimientos mentales, teniendo un 50,6% los hombres y un 60,1% las mujeres. Por su parte, en Chile el subgrupo de trabajadoras de la salud se encuentra más expuesto a niveles altos de exigencias emocionales, respecto al resto de las trabajadoras encuestadas (Díaz y Mauro, 2012). Un 43% de las trabajadoras de la salud de dicho estudio percibe un desequilibrio entre los esfuerzos realizados y las recompensas recibidas (Díaz y Mauro, 2012). A su vez, este desequilibrio es más pronunciado en las auxiliares o asistentes de salud, siendo de un 54,4% y desciende a medida que aumenta la categoría profesional, teniendo, para las técnicas, un 43% y, para las profesionales de la salud, un 38%. Esto es coincidente con la menor precarización de las condiciones de trabajo en los sectores más profesionales y el mayor control que tienen sobre sus procesos de trabajo. Este déficit de retribuciones pone de manifiesto malas condiciones de trabajo, inestabilidad, falta de reconocimiento y sentimientos de injusticia, expresados en palabras de las propias trabajadoras. El personal no profesional reconoce además una alta implicación emocional con los usuarios y en relación a su trabajo, que es escasamente reconocido y remunerado.

Si por un lado podemos sostener que, en el terreno de las relaciones sociales, la precariedad laboral adquiere su dimensión como problema de salud, ya que implica restricciones a la

conformación de identidades colectivas y por ende a la realización personal; no menos cierto es que, en el plano simbólico, la falta de reconocimiento de los procesos de trabajo que tienen al cuidado como categoría central, también conlleva a la precarización de las condiciones de empleo y, por ende, repercute en los procesos de salud de las trabajadoras. La precarización de las condiciones de empleo, entonces, al cruzarse con una mirada de género, no puede explicarse solamente a partir del contexto de flexibilización laboral de los mercados de trabajo, sino también de la desvalorización de determinados empleos que perjudica aún más la salud de las mujeres: ambos aspectos agravados en contextos de recesión económica. Hay un triple vínculo entonces entre condiciones informales y precarias de empleo, la categoría de cuidado dentro del proceso de trabajo y la falta de reconocimiento necesaria para la salud.

Desde que Carol Gilligan (1982) presentó la idea de cuidado, la misma ha ido ganando peso dentro de la investigación feminista, no solamente en el campo de la ética como disciplina filosófica, sino también en los de la psicología, antropología y sociología, entre otros. Su libro recoge diferentes modos de pensar sobre las relaciones humanas y su relación con lo masculino y lo femenino. La autora postula que la “ética del cuidado” es democrática y pluralista y que está destinada a promover resistencia contra las dualidades y las jerarquías producidas por el género en las sociedades de mercado. Así la reivindicación de Gilligan (1982) para la incorporación de la experiencia femenina en la teoría moral, la llevó a proponer una ética del cuidado que pone énfasis en las cuestiones del afecto y el cuidado entre las personas. Más allá de que su propuesta tuvo influencia en el pensamiento feminista de los años 80, se ha cuestionado si sus aportaciones contribuyen de cierta forma a romantizar lo que en realidad es una falta de poder de las mujeres. Tronto (1993) define el cuidado como una especie de actividad genérica que incluye todo lo que podemos hacer para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo de forma tal que podamos vivir en él lo mejor posible. Las actividades del cuidado en un sentido específico suponen tomar las preocupaciones y las actividades de los demás como base de la propia acción. En el cuidado encontramos dos dimensiones entrelazadas: cuidar implica una práctica, pero también requiere una disposición. Daly y Lewis (2000) definen el “cuidado social” como el conjunto de actividades y relaciones implicadas en la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales de los adultos y niños dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales estas actividades y relaciones se asignan y llevan a cabo.

Sin embargo, propugnar una ética del cuidado no debe hacer perder de vista que la economía capitalista se ha aprovechado históricamente de las actividades de prestación de cuidados y vínculos afectivos, interacciones a las que no les asigna valor monetario alguno, tratándolas como si fueran gratuitas. Fraser (2015) hace un análisis de la interrelación entre la producción y la reproducción social, y sostiene que el subsistema económico del

capitalismo depende de las actividades de reproducción social realizadas en el espacio doméstico y, por lo tanto, externas a él, como condición indispensable para su existencia.

Para la autora, se remuneran las actividades «reproductivas» con la moneda del «amor» y la «virtud», mientras que compensan el «trabajo productivo» con dinero (Fraser, 2015). Buscar reconocimiento en las tareas de cuidado sí, pero sin perder de vista la distribución diferencial de los trabajos de cuidados en términos de género.

En el trabajo de servicios, la categoría del cuidado tiene un peso importante a la hora de entender el proceso de trabajo. El estar atentas a la vulnerabilidad o sufrimiento de los demás, como sostiene Molinier (Wlosko y Ros, 2015), es una actitud central en todas las actividades denominadas femeninas del cuidado. Todo el trabajo del cuidado está realizado en base a pequeños gestos que no son inmediatamente visibles y que requieren de una carga psíquica, física y emocional importante (Wlosko y Ros, 2015). Es por eso que el trabajo del cuidado tiene poco reconocimiento, siendo un aspecto que no es medible en los términos exigidos o reconocidos por las gestiones empresariales. Cuando decimos invisibilidad nos referimos a que este trabajo no está asumido ni medido como tal. El trabajo doméstico ha sido transformado en un atributo natural de las mujeres en vez de ser reconocido como trabajo.

Las mujeres que realizan trabajado doméstico pasan a ser parte de una cotidianidad familiar muy cercana a la del hogar en el que trabajan, pero al mismo tiempo su trabajo es desvalorizado, invisibilizado y poco reconocido. Un mercado de trabajo en el que las mujeres participan cada vez más y un Estado que no oferta servicios de cuidado obliga a cada quien a buscar una solución individual. En una sociedad como la nuestra, la mujer que sale a trabajar resuelve el cuidado por medio de la contratación privada de otra mujer, con toda la discusión que esto implica sobre el privilegio de las mujeres de clase media y media-alta, que pueden ejercer su profesión o desarrollar un trabajo calificado dependiendo de la disponibilidad de mujeres de sectores populares o de clase baja, que cuidan de sus hijos/as por un sueldo casi siempre relativamente bajo. La dimensión del cuidado y mantenimiento de la casa pone de manifiesto la cadena de cuidados, que siempre queda en manos de mujeres, replicando una lógica social de feminización de este trabajo. A su vez, la responsable de manejar la relación con la trabajadora doméstica es generalmente la mujer de la casa, en un contexto heteronormativo. Este es un ejemplo de que el hogar sigue siendo un lugar femenino; son ellas quienes se ocupan de hablar con la empleada, pagarle, controlar sus tareas, etc.

En el caso del sector salud, la división sexuada del trabajo exige a las trabajadoras mujeres el estar atentas a la vulnerabilidad o sufrimiento de los demás; mientras que los trabajadores varones de la salud, los médicos especialmente, pueden dedicarse a las tareas técnicas de la medicina, dejando el aspecto “humano” a las enfermeras. Y se espera de las médicas una atención que implique más cuidado, respecto de lo que se espera de los hombres médicos



(Wlosko y Ros 2015). El trabajo en salud implica *per se* un grado de relación intersubjetiva entre los trabajadores y los usuarios, que nunca puede reducirse a un mero aspecto técnico. El proceso de trabajo en salud siempre es relacional, se trabaja con usuarios que no son meros objetos. El afecto es lo que le da significado a la relación trabajador-usuario y al propio cuidado que se realiza (Batista y Merhy, 2011). Sin embargo esta expectativa de cuidado está depositada mayormente en las trabajadoras mujeres que, como vimos anteriormente, se encuentran aglutinadas en las profesiones donde el cuidado, como característica del proceso de trabajo, tiene un peso mayor. El proceso de trabajo como tal debe ser comprendido más allá de su aspecto técnico. La capacidad del cuidado no es un atributo que esté por fuera del mismo. Es oportuno reconocer a las relaciones intersubjetivas como un componente clave del modo de producción en salud, lo cual permitirá que los aspectos relacionales se conviertan en una dimensión a tener en cuenta.

### Palabras finales

La categoría de cuidado nos permite, en ambos grupos de trabajadoras, cuestionarnos la concepción tradicional que se tiene del proceso de trabajo y luchar por valorizar esta categoría históricamente invisibilizada. Este atributo de contención, de una relación que se establece con otro por fuera de los mecanismos de evaluación del mercado, otorga al cuidado un valor esencial, al visibilizar la vulnerabilidad de los sujetos y la necesidad de construir formas de trabajo colectivas frente a esa vulnerabilidad. Tradicionalmente, esta capacidad de cuidado se ha entendido, más que como un “saber hacer”, como un “don natural” que tienen que tener las mujeres. La división sexuada del trabajo, y la desvalorización que tiene el trabajo de las mujeres a causa de la desvalorización que tiene a su vez el cuidado, repercute, como vimos anteriormente, en las condiciones laborales de ambos sectores. De esta manera, bajo modalidades más precarias de contratación, las trabajadoras de la salud y las empleadas domésticas sufren también esta invisibilización en su proceso de trabajo. Se trata entonces, en términos de Moliner (Wlosko y Ros 2015), de sacar el cuidado de lo femenino, de demostrar que el cuidado es trabajo y de buscar otras formas de medir y valorarlo, por fuera de la lógica productivista y mercantilista que se impone en las sociedades capitalistas contemporáneas.

### Bibliografía

- Aspiazu, E. L. (2016) “Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo”. En *Revista Pilquen*, 19(1), 55-66.
- Batista, T. y E. E. Merhy (2011) “El reconocimiento de la producción subjetiva del

Cuidado”. En *Salud Colectiva* 7(1): 9–20.

Belmartino, S. (2005) “Una década de reforma de la atención médica en Argentina”. En *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.

Benería, L. (1981) “Reproducción, producción y división sexual del trabajo”. En *Mientras tanto*, (6), 47-84.

Cerrutti, M. (2003) “Determinantes de la Participación Intermitente de las Mujeres en el Mercado de Trabajo del Área Metropolitana de Buenos Aires”. En *Desarrollo Económico*. (39-156). 619- 38.

Daly, M. y J. Lewis (2000) “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”. En *British Journal of Sociology*. Jun; 51(2):281-98.

Dejours, C. (1998) “De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo”. En D. Dessors y M. Guiho-Bailly (Comps.) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.

Díaz, X. y A. Mauro (2012) “Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile”. En E. Ansoleaga, O. Artaza, y J. Suarez (Eds.) *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS.

Duré, M. I., Cosacov, N. y Dursi, C. (2009). “La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa”. En *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(13).

Fraser, N. (1994) “After the Family Wage. Gender Equity and the Welfare State”. En *Political Theory* (22-4). Pp. 591-618.

Fraser, N. (2015) “El Capital y los cuidados”. En *New Left Review* 100. Sep.-oct. Pp. 111-132.

Galín, P. (2002) “Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina”. En *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. 8(15), 47-58.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.

González Francese, Rocio; Reif, Luciana; Amable, Marcelo; Zelaschi, Constanza; Logvione Sabrina (2014) “La precariedad laboral como determinante de la salud”. Ponencia presentada en las *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.

Jelin, E. (2010) *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Bs. As.: FCE.

Lautier, B. (2002) “Femmes en domesticité. Les domestiques du Sud, au Nord et au Sud”. En *Revue Tiers Monde*, N° 170, abril-junio. París: IEDES.

Lopreitte, D. (2014) “Estado, género y bienestar en la Argentina: un enfoque desde el neoinstitucionalismo histórico”. En *Perspectivas sobre el Estado*, 2 (2). Bs. As.: INAP.

Lynch, J. y Kaplan, G. (2000) “Socioeconomic Position”. En Berkman, L. y Kawachi, I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford.

Marco, F. y M. N. Rico (coord..) (2006). *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Bs. As.: Siglo Veintiuno.

Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I., y Pulido, M. (2004) “Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales”. En *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1361-1372.

OPS/OMS (2013) *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Bs. As.: OPS.

Rovere, M. (2006) “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”. En Marco, F. y M. N. Rico (coord..) *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Bs. As.: Siglo Veintiuno

Suaya, D. (2013) “Historia Vital del Trabajo, dispositivo psicosocial de intervención clínica: construcción y aplicaciones”. En Garañao, P. Zelaschi, C. Amable, M. (comps.) (2013) *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto: UNIRIO (Universidad Nacional de Río Cuarto).

Tronto, J.C. (1993) *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Wlosko, M. y Ros, C. (2015) “El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: entrevista a Pascale Molinier”. En *Salud colectiva*, 11(3), 445-454.